



## Consentimiento para Tratar

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Consentimiento de los padres o tutores para personas autorizadas:

Como padre o guardián legal, estoy otorgando permiso para la persona (s) nombrada abajo para traer a mi hijo/a para tratamiento y/o cuidado.

Estoy otorgando permisos completos, lo que significa que la persona (s) nombrada abajo se le permitirá aceptar:

- **Tratamientos**
- **Vacunas**
- **Referencias**
- **Record médicos**
- **Todo el historial médico relacionados con mi hijo**

\_\_\_\_\_ Iniciales

Por favor, nombre a las personas aquí

Relación al paciente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Firma de padre/guardián

Fecha

(Válido por 1 año, debe ser actualizado cada año)



## Póliza de Oficina y Financiera

Gracias por elegir Desert Valley Pediatrics (DVP) para el cuidado de su hijo. Esta póliza de oficina y financiera es una parte importante del cuidado de su hijo. Debido al aumento de demandas de la compañía de seguros médico, le pedimos que lea y acepte las siguientes pólizas de DVP.

**Pacientes Sin Seguro Médico:** Si no tiene cobertura de seguro médico, el pago total es esperado en el momento del servicio. Para precios, por favor póngase en contacto con un empleado de la oficina.

**Seguro Médico Comercial:** Como cortesía, DVP presentará su reclamo a su compañía de seguro médico; sin embargo, en el momento del servicio usted será responsable de todos los cargos que no estén cubiertos por su seguro médico, incluyendo copagos, co-seguros, deducibles y servicios no cubiertos o artículos recibidos. El copago NO PUEDE ser descontado por nuestra práctica, ya que es un requisito puesto en usted por su compañía de seguros. Nos esforzamos por ser los más exactos posible en el cálculo de su responsabilidad, pero con tantas variaciones en pólizas y listas de tarifas, no siempre somos exactos. Usted puede recibir un estado de cuenta de nuestra oficina para cualquier deuda. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, American Express y Discover), y giros postales. También se aceptan pagos a través de nuestro portal de pacientes. Conocer y entender sus beneficios de seguro médico es su responsabilidad. Si usted tiene "beneficios fuera de la red" con un plan con el cual no estamos contratados, facturaremos a su seguro médico como cortesía. Cualquier responsabilidad del paciente será facturada al tutor listado en nuestro archivo. Por favor póngase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta que pueda tener en cuanto a su cobertura. Es su responsabilidad notificar a DVP si hay un cambio en su cobertura de seguro, residencia o número de teléfono. En última instancia, es decisión de usted conocer sus beneficios de seguro.

**Las llegadas tarde:** Si esta tarde para la hora de su cita, por favor llame para informar al personal. Ellos revisarán el horario para determinar si la cita tendrá que ser reprogramada para otro día o acomodarle la cita detrás de otras citas ya programadas.

**Ausencias/Cancelaciones:** Una cita que no se presentó o una cita cancelada menos de 6 horas antes de la hora de la visita deja una cita abierta que podría haber sido utilizada por un paciente que necesita atención médica. Si ocurren tres (3) casos de ausencia o cancelación con poca anticipación (6 horas o menos) durante un período continuo de 6 meses, la familia será despedida del consultorio y no podrá recibir más tratamiento en DVP. Generalmente, en una segunda ocurrencia, intentaremos llamarlo y asesorarlo sobre la póliza. Las citas se pueden cancelar por mensaje de texto o llamada a nuestra oficina directamente o usando nuestro portal para pacientes.

**Citas:** Agregar a los hermanos y llegar sin cita no es aceptado. Queremos encargarnos de la enfermedad de su hijo; sin embargo, es injusto preguntar a nuestros pacientes que tienen una cita programada que esperen mientras que alguien sin una cita pre-programada es visto. Si usted siente que su hijo no puede esperar para ser visto, pida hablar con una enfermera para una evaluación y le darán una recomendación.

**Visitas:** Se requiere que el proveedor codifique la visita basándose en toda la información de cuidado proporcionada. Si un problema preexistente es dirigido en el proceso de realizar un examen de salud médico y si el problema es lo suficientemente importante como para requerir tratamiento adicional (ya sea durante la visita o después), cargos adicionales sobre el problema pueden ocurrir durante la visita. Con esto en mente, mientras que la cita puede haber sido programada para un examen de salud médico o simplemente para un problema (s), si ambos tipos de servicios son proporcionados durante el examen, entonces ambos tipos de servicios pueden ser facturados.

**Costos de prueba de laboratorio:** Usted recibirá un cobro por separado del laboratorio por servicios de laboratorio externos. Cualquier servicio de laboratorio que no esté cubierto por su seguro médico será su responsabilidad. Es su responsabilidad ir a un laboratorio contratado. Desert Valley Pediatrics no está afiliado con ningún laboratorio.

**Circuncisiones:** Las circuncisiones son electivas y algunos seguros médicos no cubren este procedimiento. El pago completo es requerido en el momento de servicio si no es un beneficio cubierto.

**Cobros por cheques sin fondo:** Hay un cobro de \$35 por cualquier cheque devuelto por el Banco. Cheques de fondos no suficientes deben ser pagados en su totalidad con fondos certificados (giro postal, cheque certificado o dinero en efectivo). Ya no podrá realizar pagos en su cuenta con un cheque. En cambio, los pagos futuros solamente tendrán que ser en efectivo, tarjeta de crédito o giro postal.

**Cuentas vencidas:** Si su cuenta se vuelve vencida, tomaremos las medidas necesarias para cobrarle esta deuda. Usted recibirá varios estados de cuenta con cartas y una llamada telefónica final con el intento de coleccionar. Si tenemos que referir su cuenta a una agencia de colección, habrá un recargo de \$25 impuesto a su cuenta y usted está de acuerdo en pagar todos los costos de colección que se incurran.

**Divorcio/Custodia:** No podemos y no vamos a involucrarnos con los conflictos de facturación paternas en el divorcio y/o casos de custodia. Nuestra póliza es mantener a los padres que traen al niño para el tratamiento médico responsable del pago en el momento del servicio.

**Consentimiento De Privacidad:** Estamos preocupados por proteger su privacidad. Nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar información protegida acerca de su hijo(a). Usted tiene el derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Pueden cambiar los términos de nuestro aviso, y usted puede obtener una copia revisada al ponerse en contacto con nuestra oficina.

Al firmar el formulario proporcionado, usted da su consentimiento para nuestro uso y divulgación de información protegida de salud acerca de su hijo para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud como se describe en nuestro aviso. La práctica puede condicionar el recibo del tratamiento en este consentimiento.

Usted tiene derecho a solicitar, por escrito, que restrinjamos la divulgación de información médica sobre su hijo. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo.

Al firmar este reconocimiento, usted acepta la póliza de privacidad de DVP así como también reconoce el recibimiento de Aviso Actuales de Salud de las prácticas de Información De Salud.

Entiende que este consentimiento permanecerá en vigor desde este momento y que podrá ser revocado al proporcionar notificación escrita.

**He leído y entiendo las pólizas financieras y de oficina de DVP y estoy de acuerdo con sus términos. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos en el caso de que mi seguro niegue el pago después de que un reclamo haya sido presentado por DVP. Entiendo que mi aseguranza es un acuerdo entre mi compañía de seguro médico y yo, y que es mi responsabilidad entender mis beneficios.**

Nombre del Paciente y Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de la persona responsable (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Su Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_